

介護保険給付制限記載消除等申請書

砺波地方介護保険組合 理事長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	印	被保険者との関係	
申請者住所	〒		
	電話番号 ()		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏 名	性 別	生 年 月 日		
		男・女	明・大・昭 年 月 日		
	住 所	〒			
		電話番号 ()			
	消除する内容	介護保険法 (1. 第66条第1項、2. 第68条第1項、3. 第69条第1項)			
	申 請 理 由				

備考

- 1 特別な事がある旨を証する書類を添えてください。
- 2 被保険者証を提示してください。